N° 53

DE LA DILATATION FORCÉE

COMME TRAITEMENT DE LA

FISSURE A L'ANUS

ET DES HÉMORRHOÏDES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 11 AOUT 1884

Par Irénée TRINCHÉ

Né à MAGALAS (Hérault)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

Rues Durand et Levat

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠..... DOYEN
COMBAL ✻ ✠..... } ASSESSEURS
GRASSET..... }

PROFESSEURS

Pathologie externe	BOYER ✻.
Accouchements	DUMAS ✻.
Clinique médicale	DUPRÉ ✻ C. ✠.
Anatomie	BENOIT ✻ ✠.
Clinique médicale	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER ✻.
Physique médicale	MOITESSIER ✻.
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie (chargé du cours)	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale	N...
Opérations et appareils	N...

MARTINS (O. ✻), FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻, Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATTLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✻.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JAUMES, *Président;*
TÉDENAT, *Professeur;*
ROUSTAN, CARRIEU } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A mon frère Adolphe **TRINCHÉ**

ÉLÈVE A L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE

A MES PARENTS

A mon Président de Thèse

M. le professeur JAUMES

A M. le professeur-agrégé TÉDENAT

A MES AMIS

I. TRINCHÉ.

INTRODUCTION

DIVISION DU SUJET

La dilatation forcée est la méthode thérapeutique de choix pour la fissure à l'anus. C'est là un fait acquis, généralement accepté, quoique l'application de cette méthode au traitement des fissures soit de date récente. Mais, depuis Récamier, les observations se sont tellement multipliées, les procédés ont subi des perfectionnements si variés, que le praticien peut user avec confiance d'un moyen qui toujours est suivi de succès.

Donc, pour la fissure à l'anus, pas de doute, et ce point de notre thèse est facile à soutenir. Mais en est-il de même pour les hémorrhoïdes ? Non ; l'emploi de la dilatation forcée pour la cure des hémorrhoïdes est relativement nouveau. On peut dire que les promoteurs de ce moyen thérapeutique apportent dans leurs écrits un enthousiasme véritable : on guérira désormais tous les hémorrhoïdaires par la dilatation

forcée de l'anus. MM. Fontan (de Lyon) (1), Verneuil, Christofari (2), Wannebroucq (3), Monod, sont les principaux noms qui couvrent de leur autorité la nouvelle méthode. N'y a-t-il pas un peu d'exagération ? Peut-être. M. Gosselin (4) s'élève assez vigoureusement contre cette tendance excessive à la généralisation, et il démontre que « s'il est un peu plus souvent utile que nous ne l'avions cru de faire la dilatation forcée, il reste un bon nombre de cas dans lesquels, si l'on ne veut pas se contenter d'un palliatif très-passager, il est nécessaire de faire intervenir l'un des anciens modes du traitement. » En somme, il ressort de la lecture des cliniques de M. Gosselin que la dilatation forcée n'agit pas, à proprement parler, contre les hémorrhoïdes ; elle ne conviendrait que dans les cas où celles-ci seraient compliquées de contracture du sphincter avec ou sans fissure.

Le savant chirurgien est peut-être allé un peu loin. Entre son opinion et celle des premiers auteurs, il y a place pour une opinion moyenne. Les faits récents de Verneuil, de Monod, ceux que nous a fournis M. Tédenat, ceux que nous avons observés à Saint-Eloi, nous permettent de penser que la dilatation forcée agit directement sur les hémorrhoïdes. Mais il

(1) Moniteur de thérapeutique, 1875. — Traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée, br. in-8°, Paris, 1877.

(2) Christofari, Thèse de Paris, 1876.

(3) Des hémorrhoïdes et particulièrement du mécanisme de leur production et de leur traitement par la distension anale.

(4) Clin. chir., t. III, p. 636 et 671.

nous paraît aussi évident que toutes les affections hémorrhoïdaires ne sont pas justiciables du même moyen thérapeutique.

Dans certains cas même, « la dilatation faite mal à propos peut rendre la procidence plus facile et augmenter les inconvénients des hémorrhoïdes. » (Gosselin).

Il faut donc, en présence d'un hémorrhoïdaire, apprécier toutes les conditions anatomiques locales et choisir en clinicien, c'est-à-dire après une discussion éclairée des divers moyens thérapeutiques, celui qui convient le mieux.

Certes, la dilatation forcée a ses indications; mais il faut les établir et voir ensuite, parmi les divers procédés se rapportant à cette méthode, celui qu'il convient d'adopter. C'est ce double but que nous essaierons de réaliser dans l'étude du traitement sans nous faire illusion sur la difficulté d'un sujet aussi nouveau.

Nous avons fait l'étude de la dilatation forcée appliquée aux fissures et aux hémorrhoïdes, parce que ces deux lésions, très-différentes dans leur nature, l'une étant une ulcération, l'autre une varice, déterminent souvent des symptômes fonctionnels identiques : la contracture du sphincter indolente ou accompagnée de douleur. Elles peuvent exister aussi simultanément, et alors le même moyen thérapeutique amènera la guérison de l'une et de l'autre. Il y a donc bien des points communs, et il est difficile de parler de la dilatation forcée dans la cure de l'une en laissant complètement dans l'ombre le traitement de l'autre. C'est ce qui justifie le titre de notre travail. D'ailleurs, malgré ce rapprochement, notre étude

est fort limitée et n'en reste pas moins remplie de difficultés. Nous la diviserons en deux parties principales.

Après un chapitre d'anatomie et de physiologie normales de l'anus, nous ferons une étude clinique rapide des deux affections, en passant successivement en revue l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic et le pronostic.

La seconde partie sera spécialement réservée au traitement. Après une revue historique, nous examinerons les divers procédés de dilatation forcée et nous essaierons de poser les indications de cette méthode en nous appuyant sur nos observations.

En terminant, qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le professeur agrégé Tédenat nos remerciements pour la bienveillance et la sympathie qu'il nous a toujours témoignées et pour les observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

DE LA DILATATION FORCÉE

COMME TRAITEMENT DE LA

FISSURE A L'ANUS

ET DES HÉMORRHOÏDES

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

L'*anus*, situé sur la ligne médiane du périnée, à deux centimètres en avant du sommet du coccyx chez l'homme, à trois centimètres chez la femme, un peu en arrière de la ligne bi-ischiatique, au sommet d'une excavation pyramidale que limitent latéralement les fesses, plus profond chez l'homme que chez la femme, à cause de la saillie plus grande et du rapprochement des ischions, l'anus est habituellement fermé à cause de la tonicité des muscles qui l'entourent ; il s'ensuit que les matières fécales s'accumu-

lent au-dessus de lui jusqu'au moment où des puissances antagonistes le forcent à se dilater pour leur livrer passage.

L'anus n'est pas un simple orifice ; c'est plutôt un canal de 2 centimètres environ de hauteur qui continue en bas le gros intestin ; il diffère essentiellement de ce dernier et par sa texture et par ses fonctions. C'est vers la partie moyenne de l'anus que la peau, qui du périnée envoie un prolongement dans l'anus, se continue avec la muqueuse rectale. La limite qui sépare ces deux membranes, assez vague, est marquée quelquefois par une ligne sinueuse formant une série d'arcades à concavité supérieure, auxquelles répondent des dépressions en culs-de-sac de la muqueuse rectale. Des angles de réunion de ces arcades partent des plis saillants, désignés sous le nom de *colonnes du rectum* ou colonnes de Morgagni, et dans les culs-de-sac qui les séparent, s'engagent parfois de petits corps étrangers, des portions durcies de matières fécales qui, par suite de leur consistance de plus en plus grande, peuvent être la cause de lésions des sphincters de l'anus.

La portion anale du tube digestif est dirigée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant ; l'obliquité est moindre chez la femme que chez l'homme.

La *peau* et la *muqueuse* qui tapissent l'anus intérieurement sont remarquables par leur finesse, par l'absence des glandes et follicules clos que l'on rencontre dans le rectum, et par leur épithélium pavimenteux stratifié ; des papilles nerveuses s'observent à la surface de ces téguments, très-développées surtout vers la partie inférieure.

Au pourtour de l'orifice anal, la peau participe des caractères qui distinguent celle du canal anal ; dans une étendue circulaire d'environ 2 centimètres de rayon qui porte le nom de *marge de l'anus*, elle est beaucoup plus mince que dans les régions voisines, et présente généralement

une coloration plus foncée ; de plus, elle forme des plis d'autant plus saillants que le sphincter est plus fortement contracté et qui s'effacent complètement lorsque ce dernier se dilate pour le passage du bol fécal.

En dehors de la peau et de la muqueuse anales, on rencontre deux anneaux musculaires appelés sphincters, l'un interne, l'autre externe.

Le *sphincter interne*, bien moins développé que l'externe, n'entoure que la portion supérieure de l'anus ; ce n'est autre chose qu'une accumulation de fibres lisses circulaires de la tunique musculeuse du rectum; ce muscle n'est pas sous l'influence de la volonté.

Le *sphincter externe* est un anneau épais de faisceaux musculaires rouges qui entoure l'extrémité inférieure du tube digestif dans une hauteur de plus de 2 centimètres. Il a la forme d'une ellipse. Les fibres antérieures naissent de la peau derrière le scrotum, s'entre-croisent quelquefois de droite à gauche au-devant de l'anus, contournent le canal et se terminent dans la peau de la région coccygienne.

Les anneaux placés plus profondément naissent en avant de la lame fibreuse médiane du périnée et s'insèrent en arrière à un raphé fibreux qui résulte de l'entre-croisement des fibres tendineuses par lesquelles se termine le sphincter de l'anus. En dehors, le sphincter externe se trouve en rapport avec le tissu cellulaire graisseux du périnée. Sa face interne est en rapport en haut avec le sphincter interne, en bas avec la peau de l'anus.

L'anus reçoit des branches des artères hémorrhoïdales inférieures. Des veinules nombreuses, flexueuses, plexiformes, naissent du réseau capillaire auquel ces artères donnent naissance ; celles qui existent au-dessous de la muqueuse et de la peau sont extrêmement developpées,

garnies de nombreuses valvules, et forment les racines les plus déclives de la veine porte ; les veines hémorrhoïdales inférieures, branches de l'iliaque interne, établissent de larges communications entre le système veineux général et le système de la veine porte ; elles se dilatent énormément et subissent des altérations très-remarquables dans les cas d'hémorrhoïdes

Les lymphatiques qui naissent de la portion inférieure de l'anus cheminent d'arrière en avant, le long du bord externe de la région périnéale, et aboutissent aux ganglions inguinaux internes. Ceux de la portion supérieure prennent une direction ascendante et se comportent comme les lymphatiques du rectum.

Les nerfs de l'anus proviennent, les uns du plexus sacré, les autres du plexus hypogastrique. Le système cérébro-spinal et le système ganglionnaire concourent à l'innervation de cette région importante.

La contraction du sphincter externe est le principal obstacle à la sortie des matières fécales ; elle a lieu d'une manière continue en l'absence de la volonté ; toutefois, cette dernière peut renforcer son action.

La contraction soit tonique, soit volontaire du sphincter externe est sous la dépendance de la moelle épinière. Les lésions de ce centre d'innervation en suppriment l'influx nerveux, dont il est la source, déterminent le relâchement des sphincters et l'incontinence des matières fécales.

CHAPITRE II

§ I

FISSURE A L'ANUS

La fissure ou crevasse à l'anus, comparée aux gerçures sous l'influence du froid, consiste en de petits ulcères étroits, allongés, qui se développent entre les plis rayonnés du fondement. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes, surtout les femmes récemment accouchées, par suite du tiraillement de la peau qui s'étend de la commissure postérieure du vagin jusqu'à l'anus, lorsque le fœtus, descendu sur le plancher du bassin, se présente à la vulve et distend le périnée dans les efforts que fait la femme. D'autres circonstances peuvent être aussi le point de départ de la fissure : un bout de seringue maladroitement dirigé, les hémorrhoïdes, la constipation surtout, en sont les causes les plus ordinaires.

Le phénomène qui caractérise essentiellement l'existence de la fissure à l'anus est une douleur violente que les malades comparent à la sensation d'une déchirure, d'une brûlure, ou bien à la sensation que produirait une lame de feu sur les parties affectées. Cette douleur est éveillée par la défécation et persiste quelquefois toute la

journée, après que les évacuations alvines ont eu lieu ; d'autres fois, au contraire, la douleur se calme peu d'instants après la défécation, pour se réveiller, s'accroître et prendre une horrible intensité deux ou trois heures plus tard. Le passage des parties dures, dans les cas de constipatation, ne sont pas nécessaires pour occasionner les douleurs; des matières liquides peuvent les déterminer.

Lorsqu'on veut examiner le malade, l'exploration est très-douloureuse, et l'on constate que le sphincter anal se contracte énergiquement. Le meilleur moyen pour arriver à découvrir le siège du mal, c'est d'engager le malade à faire des efforts comme pour aller à la selle. L'anus est alors saillant, et en écartant les plis, on finit par apercevoir au fond de ces rainures la petite ulcération, qui est d'un rouge vif et qu'on ne saurait mieux comparer, comme le dit Trousseau, qu'aux gerçures qui se produisent aux mains et aux lèvres sous l'influence du froid.

La persistance des accidents peut avoir un retentissement sur la santé générale, car l'habitude que prennent les patients de se retenir pour aller à la selle, en augmentant la constipation, entraîne des troubles dyspeptiques; certains malades ne veulent plus manger de peur d'aller à la garde-robe.

La constipation, qui a aussi quelquefois causé le mal, est un obstacle invincible à la guérison. Le bol excrémentiel, devenu tous les jours consistant et plus volumineux, vient déchirer la plaie et arrêter les commencements de cicatrisation déjà obtenus.

§ II

HÉMORRHOIDES

Le mot hémorrhoïde (αἷμά sang, ῥέω je coule), désigne la dilatation variqueuse des veines de l'extrémité inférieure du rectum et de l'anus, ou les flux sanguins qui se font dans la dernière portion du canal intestinal. Les hémorrhoïdes sont une affection de l'âge mûr et de la vieillesse; l'enfance n'en est pas exempte cependant.

Anatomie pathologique. — Rappelons en quelques mots la disposition normale des veines du rectum. Ces vaisseaux sont disposés en réseaux qui siègent sous la tunique muqueuse et sous la tunique musculaire de ce conduit. Des veines intra-musculaires font s'anastomoser ces deux réseaux. Le réseau sous-muqueux descend jusqu'au niveau de l'anus, et dans le reste de la hauteur du rectum, il est constitué par des mailles plus ou moins serrées. Ce réseau, très-riche, surtout dans la portion inférieure du canal, contribue, dans la partie supérieure, à former l'origine des veines mésaraïques inférieures. Il n'est pas cependant destiné à concourir entièrement à la formation du système de la veine porte, car quelques-unes de ces branches vont se rendre dans les veines hypogastriques.

Le réseau sous-musculaire, qui communique avec le précédent, s'étend en bas jusqu'au voisinage de l'anus et repose sur le sphincter externe, qui le sépare de la peau et du tissu graisseux sous-cutané.

Hémorrhoïdes internes. — Voyons quelles sont les

lésions sur le cadavre dans le cas d'hémorrhoïdes internes. Lorsqu'on a pu les rendre saillantes, à l'aide d'injections faites par le tronc de la veine porte et par le tronc des veines hypogastriques, on reproduit les tumeurs, qui disparaissent souvent avec la vie. Si on enlève alors la muqueuse qui les recouvre, on observe tantôt des paquets de veines disposés tout autour de la circonférence de l'intestin, tantôt on voit se détacher une série de diverticules allongés, placés parallèlement les uns aux autres et serrés entre eux. Ainsi donc, dans le cas d'hémorrhoïdes internes, au début, la lésion consiste dans une dilatation des parois veineuses.

Hémorrhoïdes externes. — Il en est de même des hémorrhoïdes externes. On trouve cependant, en outre, des fibres du sphincter externe qui passent sur la tumeur et lui constituent une sorte d'enveloppe musculaire. Un certain nombre de varices peuvent, au reste, être entièrement contenues dans l'épaisseur du sphincter.

La peau ou la muqueuse qui forme l'enveloppe la plus extérieure de l'hémorrhoïde ne présente rien de particulier dans les hémorrhoïdes récentes. Ces lésions s'accentuent d'ailleurs avec l'âge de la maladie (nécessité de l'intervention rapide : Dilatation). Tantôt les parois veineuses sont très-amincies par suite de la distension considérable des ampoules, tantôt elles sont très-épaissies par suite du travail inflammatoire qu'elles ont subi. Les parois de l'ampoule peuvent enfin offrir des perforations qui permettent au sang de s'extravaser et de se creuser des lacunes aux dépens du tissu cellulaire environnant.

Etiologie et mécanisme. — Au premier rang, nous citerons comme causes : la déclivité des veines hémorrhoï-

dales et le séjour plus ou moins prolongé du sang qui en résulte, les anastomoses qui existent entre les origines de la veine porte et les veines de la circulation générale, l'absence des valvules dans les veines du système porte, la compression qu'exercent sur l'origine de ces veines, le rectum ou la partie inférieure de l'S iliaque du côlon distendu par les matières fécales qui y séjournent. On ne peut méconnaître aussi la valeur étiologique d'un tempérament sanguin ou bilieux, d'une vie oisive jointe à des habitudes sédentaires ou à une alimentation trop succulente, et enfin du séjour dans les pays chauds.

On doit aussi mentionner, parmi les causes efficientes, la compression du tronc ou des rameaux de la veine porte par une tumeur abdominale : kyste, tumeur fibreuse ou carcinomateuse, grossesse, tumeur du foie, ou par une dégénérescence de ce viscère. Dans cet ordre de causes, la stase sanguine agit d'une façon purement mécanique pour produire la dilatation des veines du rectum.

A quelle cause sont dus les phénomènes de turgescence et de procidence de ces tumeurs? Gosselin en donne une explication purement mécanique qui repose sur les bases suivantes :

« Une première cause intervient, c'est la constipation, qui place le patient dans la nécessité de faire des efforts considérables pour se débarrasser du bol fécal, volumineux et dur.

» Deux phénomènes physiologiques se produisent alors : le bol fécal pousse devant lui la muqueuse rectale, qui vient faire hernie à l'anus ; mais déjà les fibres circulaires du rectum, en se contractant, ont amené une gêne circulatoire dans les veines ; les hémorrhoïdes, très-gonflées, sortent bien plus volumineuses que sous l'influence de la simple fluxion. Une fois le bol fécal sorti, le sphincter, se

contractant brusquement, retient et étreint la muqueuse herniée et vient encore augmenter la gêne de la circulation, par suite, le volume des hémorrhoïdes internes procidentes.

» Il reste d'ailleurs un fait acquis, c'est que la stase sanguine peut, à elle seule, produire une tumeur hémorrhoïdale, témoin celle que cause la compression du tronc de la veine porte. » (1).

Symptômes. — L'écoulement sanguin par l'anus n'est pas fatal, mais il peut pourtant se produire. La fluxion s'annonce par des signes généraux et des signes locaux.

Signes généraux. — Ces signes consistent dans un état de malaise, une variation d'humeur, de la céphalalgie, un sentiment de pesanteur dans la tête, parfois des vertiges, des troubles du côté de l'estomac : gastralgie, flatuosités, des douleurs dans les lombes, une pesanteur ou une sensation de plénitude du côté des organes du petit bassin et particulièrement du rectum et de l'anus. La station debout, la marche, sont pénibles ; il en est de même souvent de la position assise ; enfin il n'est pas rare d'observer concurremment une plénitude remarquable du pouls.

Du côté du rectum et de l'anus, la congestion hémorrhoïdale se traduit par un sentiment de chaleur, de tension, de pesanteur inaccoutumé. Nombre de malades ressentent une douleur vive à l'anus, douleur dont les irradiations gagnent les régions voisines. Aussi voit-on souvent apparaître des troubles dans l'excrétion urinaire chez l'homme : envies fréquentes d'uriner, sensation de cha-

(1) Maladies de l'anus et du rectum.

leur ou de brûlure dans l'urèthre et dans la vessie au mo ment de la miction, et, en outre, chez la femme, une excitation insolite du côté des organes génitaux. Les veines de la prostate et du col de la vessie sont aussi congestionnées, car elles ont des relations intimes avec les hémorrhoïdales, d'où une véritable cystite au moment du flux hémorrhoïdal. De même des excès de coït, des érections prolongées amènent une congestion anale.

Au moment de la défécation, ces symptômes subissent une exacerbation constante. La défécation est pénible, douloureuse et parfois accompagnée de l'issue d'une petite quantité de sang. Certaines circonstances peuvent aggraver ces symptômes fluxionnaires, tels sont les écarts de régime, excès alcooliques ou vénériens.

Signes locaux. — L'étude symptomatique de ces tumeurs sera différente, selon que les hémorrhoïdes seront externes ou internes.

Hémorrhoïdes externes. — Elles sont flasques et alors peu volumineuses, tout au plus grosses comme une noisette ; de plus, quand il y en a plusieurs, elles sont séparées l'une de l'autre par des plis ou des sillons plus ou moins marqués et formant autour de l'anus de petits prolongements cutanés, ridés, indolents à la pression, ou bien elles sont en état de fluxion et alors turgescentes. L'hémorrhoïde se présente alors sous l'aspect d'une tumeur violacée, tendue, lisse, résistante, plus ou moins douloureuse à la pression.

La turgescence n'est pas un phénomène permanent, car on voit des phénomènes fluxionnaires très-douloureux disparaître au bout de deux ou trois jours et les hémorrhoïdes reprendre leur état de flaccidité primitive. Toutefois, le mouvement fluxionnaire, au lieu de se terminer par résolution,

peut provoquer une rupture de la tumeur. Plus souvent, l'inflammation est son mode de terminaison, et cette inflammation amène le plus souvent l'induration de la tumeur, qui devient ferme, indolente et présente un aspect rosé, rarement la suppuration. Ces phénomènes disparaissent ordinairement après une durée de quelques jours, à la suite d'un écoulement léger de sang.

Les récidives de ce mouvement fluxionnaire sont exceptionnelles pour les hémorrhoïdes externes, et si on a pu en observer jusqu'à trois ou quatre chez certains sujets, chez d'autres au contraire, il n'y a eu, pendant toute la vie, qu'une seule poussée fluxionnaire.

Sans nous étendre dans la description des hémorrhoïdes internes, nous nous contenterons de suivre la classification de Jaccoud et de les distinguer en :

1° *Hémorrhoïdes non procidentes*, ou ne l'étant que très-légèrement au moment de la défécation.

Dans ces conditions, les symptômes sont à peine accusés. Chez un grand nombre de personnes, il n'en existe pas d'autres qu'une pesanteur ou une sensation de gêne vers l'anus et une certaine lenteur dans la défécation.

2° *Hémorrhoïdes procidentes*. — Ces hémorrhoïdes ont toujours commencé par être intra-rectales. Plus tard, sous l'influence d'un mouvement fluxionnaire plus intense ou de passage d'un bol fécal volumineux, elles sont entraînées à l'extérieur. Dans cet état, elles peuvent tantôt facilement être réduites par une légère pression et sont dites alors *réductibles*, tantôt occasionner une infirmité grave et sont dans ce cas appelées *irréductibles*.

Pathogénie des hémorrhoïdes. — Les recherches anatomiques et physiologiques de MM. Verneuil, Gosselin,

Dubrueil, Richard et les travaux tout récents de M. Duret, nous donneront les indications suffisantes pour comprendre la pathogénie des hémorrhoïdes. Ces auteurs ont été en effet unanimes à montrer que la disposition des veines du rectum constitue une cause non-seulement prédisposante, mais encore directement active dans la production des varices de cette région.

Les veines du rectum se divisent en deux classes : hémorrhoïdales internes (supérieures), s'abouchant dans la petite mésaraïque, qui appartient au système porte ; hémorrhoïdales externes (moyennes et inférieures), branche de l'hypogastrique et de la honteuse interne, appartenant au système veineux général.

Les hémorrhoïdales supérieures seules se distribuent à la muqueuse du rectum jusqu'à la marge de l'anus ; c'est par leur partie inférieure, comme le prouvent les injections, que commencent les hémorrhoïdes internes. Les veines hémorrhoïdales moyennes et inférieures appartiennent aux autres tuniques intestinales et aux téguments cutanés. Malgré ce qu'en disent les auteurs, dit M. le docteur Monod (Thèse de Paris 1877), les anastomoses entre les deux ordres de vaisseaux sont extrêmement rares et déliées et ne peuvent être démontrées que par des injections très-fines ; elles ne se développent que dans certaines conditions pathologiques amenant une augmentation de tension dans le système porte, et servent alors de canaux de dérivation.

Au reste, cet isolement des deux circulations trouve son explication naturelle dans le développement du rectum et de l'anus, d'abord séparés et pourvus de vaisseaux propres et plus tard réunis par soudure. De ce mode de développement déroule la division de cette région en trois zones distinctes, fort bien décrites par M. Duret, et alimentées par trois réseaux veineux différents, qu'il nomme *sous-*

sphinctérien, *péri-sphinctérien* et *rectal*. On reconnaît une *zone cutanée* à laquelle appartiennent les veines hémorrhoïdales inférieures qui seront le siège des hémorrhoïdes externes proprement dites ; une zone *moyenne* ou *fibroïde* représentant la trace cicatricielle de la réunion du cul-de-sac rectal et de la dépression anale, et à laquelle se distribuent les veines hémorrhoïdales moyennes dont la dilatation formera les hémorrhoïdales externes dites cutanées et muqueuses ; enfin une zone *muqueuse* ou *rectale proprement dite*, dont le riche système veineux doit nous arrêter un instant, à cause des particularités importantes qu'il offre, au point de vue des hémorrhoïdes internes.

On ne décrivait autrefois sous le nom de veines hémorrhoïdales supérieures que six à huit rameaux qui, sortis des parois du rectum vers le tiers supérieur de l'ampoule rectale, allaient se réunir en arrière et sur les côtés en trois ou quatre troncs volumineux, suivant à sa surface un trajet rectiligne ; on se bornait à ajouter que ces vaisseaux ont leur origine dans le plexus veineux péri-sphinctérien.

C'est M. Verneuil qui a décrit le premier la portion initiale de leur trajet dans les parois même du rectum. On voit sous la muqueuse une dizaine de branches primitives qui semblent naître, à deux centimètres de pourtour de l'anus, au niveau des valvules de Morgagni, par de petites ampoules ovalaires, formant une rangée circulaire et présentant un volume qui varie de la grosseur d'un grain de blé à celle d'un petit pois.

Ces veines montent fluxueuses et parallèles, serrées les unes contre les autres, tout en restant indépendantes à la façon des fils d'une aigrette (disposition analogue à celle qu'on rencontre à l'extrémité inférieure de l'œsophage dans le réseau veineux du cardia), puis, à la hauteur de

10 à 12 centimètres, elles se recourbent brusquement et perforent perpendiculairement la paroi rectale, pour aller dans le mésorectum constituer par leur réunion les cinq ou six troncs volumineux mentionnés plus haut. La tunique musculaire leur livre passage par de véritables *boutonnières* dépourvues d'anneau fibreux protecteur, et M. Dubrueil (1) a montré qu'en raison des deux ordres de fibres circulaires et longitudinales dont est composée cette tunique, les boutonnières sont en quelque sorte doubles, c'est-à-dire formées de deux anneaux allongés, superposés et dont les grands axes sont à angle droit, l'un sur l'autre.

Enfin, si l'on dissèque avec soin l'ampoule qui termine ces branches perforantes, on voit qu'elle se continue inférieurement avec une petite veinule qui passe à travers le sphincter interne, pour aller se jeter dans un rameau d'origines des veines hémorrhoïdales externes. Plusieurs de ces petits canaux de communication entre les veines du rectum et celles de l'anus remontent sur le bord supérieur du sphincter externe, mais un grand nombre aussi pénètrent obliquement entre deux faisceaux de ce muscle.

On comprend le parti que l'on peut tirer des connaissances qui précèdent pour la physiologie pathologique des hémorrhoïdes.

En résumé, comme le dit Verneuil (2), les hémorrhoïdes sont causées par un étranglement des veines mésentériques supérieures, qui traversent la paroi rectale dans un anneau musculaire et viennent s'étaler sous la muqueuse du rectum, et c'est ainsi qu'un étranglement des veines donne lieu à la formation d'un tronçon plus ou mois volu-

(1) Annales de Physiologie, 1868.

(2) De la cure des hémorrhoïdes, *Gazette des Hôpitaux*, 1884, n° 34

mineux, de même que l'anneau du soléaire, par l'étranglement des veines, détermine le développement des varices de la jambe. D'où il ressort qu'il suffit de faire cesser la contracture pour que l'étranglement cesse à son tour, que l'hémorrhoïde se vide et que la circulation se rétablisse normalement.

Ainsi s'explique la réussite de la violence qui fait cesser la contracture, par suite la guérison radicale des hémorrhoïdes, le succès permanent de la dilatation.

Toutefois l'on ne saurait nier qu'il y a des hémorrhoïdes liées à un état général: goutte, rhumatisme, à une congestion du foie. Elles peuvent être dues aussi à une fluxion dont la cause peut échapper souvent (Stahl) ; les conditions anatomiques expliquent ensuite le développement de la tumeur. Il se produit quelquefois des poussées fluxionnaires mensuelles ; dans ce cas les dispositions anatomiques n'y sont évidemment pour rien.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Fissure à l'anus. — Il est difficile de confondre la fissure à l'anus avec une hémorrhoïde, une végétation et même les petites ulcérations qu'on trouve si fréquemment autour de l'anus et qui sont souvent multiples, tandis que la fissure à l'anus est toujours unique.

Dans la névralgie sans fissure, la douleur se montre spontanément, à toute heure du jour et de la nuit ; le chancre devenu fissurique est généralement moins douloureux qu'elle; d'ailleurs, les antécédents du malade mettront sur la voie du diagnostic.

Hémorrhoïdes. — Le diagnostic des hémorrhoïdes n'offre pas en général de grandes difficultés.

Les hémorrhoïdes externes se présentent sous l'aspect de petites tumeurs dont le nombre et la grosseur sont variables. Elles sont séparées ou réunies sous forme de bourrelet entourant la marge de l'anus. Ces tumeurs sont tantôt roses, quand elles sont recouvertes par la peau seule; tantôt violacées, quand elles sont recouvertes par la muqueuse, et présentent ces deux colorations réunies quand elles sont recouvertes à la fois par les deux tégu-

ments. Leur aspect varie encore suivant qu'elles sont fluxionnées, à l'état ordinaire ou desséchées. Fluxionnées, elles sont lisses, tendues et d'une couleur rouge violacé. La douleur augmente sous l'influence de la marche ou d'un frottement quelconque. Dans leur état ordinaire, quand elles sont remplies de sang, elles sont flasques, flétries, ridées, indolentes à la pression. Enfin, quand elles sont complètement desséchées, elles forment des espèces de rides ou de petits replis auxquels on a donné le nom de *marisques*.

Cette dernière variété d'hémorrhoïdes externes peut quelquefois embarrasser le praticien pour les différencier des condylomes, papillomes ou autres excroissances de la peau développées dans la région anale. La couleur, le lieu d'implantation des hémorrhoïdes externes à l'état de fluxion ne permettent pas de les confondre avec d'autres tumeurs; mais ces caractères n'existent pas pour la *marisque*, et il faut en chercher d'autres qui puissent la faire distinguer des productions pathologiques dont nous parlions il y a un instant (1).

Le condylome siège d'ordinaire à la partie postérieure de l'anus; en général, il offre l'aspect d'une petite tumeur végétante, aplatie dans le sens transversal par la compression qu'elle subit dans la rainure interfessière de la part des deux surfaces opposées. Quand il est latéral, il est commun de lui en trouver un semblable sur le point correspondant de l'autre fesse.

En outre, il est accompagné d'ulcères ou de fissures chancreuses, ou de manifestations syphilitiques en d'autres endroits de l'économie. La peau, qui est épaissie et indurée dans le condylome, conserve son épaisseur et sa

(1) Thèse de Thau, 1879.

consistance normales dans l'hémorrhoïde, sauf le cas rare où cette dernière est indurée. Ce caractère sert encore à distinguer la marisque des papillomes ou autres végétations cutanées. L'interrogatoire du malade, qui déclare avoir eu antérieurement des hémorrhoïdes, vient enfin lever tous les doutes.

Les hémorrhoïdes internes, placées sous la muqueuse rectale, acquièrent généralement un développement plus considérable que les hémorrhoïdes externes, quand elles sont procidentes, bien entendu, à cause de la laxité très-grande de la muqueuse intestinale qui leur sert de revêtement. Quand elles prolabent au-dessus de l'anus, le diagnostic n'offre pas de difficultés. C'est ordinairement pendant l'acte de la défécation qu'elles deviennent extérieures et s'offrent à la vue sous forme de tumeurs violacées. Quand elles sont irréductibles, leur couleur prend une teinte plus foncée, devient noirâtre, et l'étranglement qu'elles subissent occasionne des douleurs atroces au malade.

Mais les hémorrhoïdes internes ne sont pas toujours procidentes et leur diagnostic n'est pas alors sans quelque difficulté. D'après M. Gosselin, en effet, les hémorrhoïdes, procidentes sur le vivant, se réduisent sur le cadavre et peuvent passer inaperçues ; à plus forte raison ces tumeurs, si elles sont réduites sur le vivant, peuvent-elles être méconnues. Mais les souffrances qu'éprouvent les malades pendant la défécation, une sensation de plénitude et de pesanteur au niveau du fondement qui ne disparaît pas complètement par l'expulsion des matières fécales, l'abondance de sang que perd le malade en allant à la selle et quelquefois même dans l'intervalle des garde-robes, seront tout autant de symptômes qui aideront le médecin à reconnaître le caractère de la maladie.

Les polypes du rectum, quand ils viennent faire saillie à l'anus, offrent une couleur plus ou moins vermeille, une consistance mollasse, de sorte que l'erreur n'est pas possible avec les hémorrhoïdes procidentes et étranglées. D'ailleurs, les polypes du rectum s'observent surtout chez les enfants, qui, nous le savons, n'ont que trop souvent des hémorrhoïdes.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

La *fissure à l'anus* n'est pas grave par elle-même, mais elle constitue une affection qui, si elle n'est pas traitée, peut avoir une durée indéterminée. Elle peut être même le point de départ d'accidents nerveux et d'hypochondrie qui persistent même après la guérison de l'ulcération. L'excessive rareté de la guérison spontanée exige un traitement aussi précoce que possible. Les *hémorrhoïdes*, surtout les hémorrhoïdes externes, ne constituent pas une affection grave, mais plutôt une incommodité plus ou moins gênante qui ne compromet pas l'existence. Les auteurs anciens considéraient même les hémorrhoïdes comme un émonctoire salutaire, capable de préserver les malades qui en sont atteints de maladies diverses. Elles sont surtout fâcheuses par les accidents d'hémorrhagie ou d'étranglement auxquels elles exposent le malade.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Ce chapitre nous permettra d'énumérer les divers moyens thérapeutiques employés contre les deux lésions qui constituent le sujet de notre travail et de voir comment on a été conduit à la *dilatation forcée*.

1° ***Fissure à l'anus.*** — « En raison de ses douleurs caractéristiques, la fissure à l'anus a attiré de tout temps l'attention des chirurgiens. Aétius, Avicenne, Albucasis, la mentionnent déjà ; mais il ressort de leurs descriptions vagues qu'ils ne connaissent pas le trait essentiel de la maladie et confondent avec la véritable fissure de l'anus les simples fentes ou excoriations de la muqueuse anale. » (1).

(1) Follin et Duplay, Pathologie externe, p. 423.

Sabatier signale bien l'existence au niveau de l'anus d'excoriations longues et rebelles à la guérison, Lemonnier (1) celle d'ulcérations qui suivent les rides du fondement, qu'il compare aux crevasses produites par le froid sur les mains ou sur les lèvres; mais aucun d'eux ne formule un seul traitement rationnel de ces accidents. C'est l'éminent chirurgien Boyer qui, le premier, sut découvrir la véritable nature de la maladie et qui, considérant le spasme du sphincter comme le fait capital dans la production des symptômes douloureux, eut l'honneur de diriger contre cette affection un traitement rationnel. Mais sa méthode de *l'incision profonde* donne lieu à une plaie étendue très-longue à se cicatriser et expose les malades à l'infection purulente.

Après lui, Dupuytren, en France, Copeland, en Angleterre, proposèrent *l'incision superficielle* ; Jules Guérin, Blandin et Brachet (de Lyon) préconisèrent la *section sous-muqueuse* du sphincter ; Jobert (de Lamballe), l'*excision* de la membrane muqueuse ; Herpin (de Genève) et quelques autres chirurgiens employèrent la *cautérisation* ; enfin, quelques-uns, Récamier, Maisonneuve, Nélaton, Chassaignac, Gosselin, se basant sur ce principe que, lorsqu'un muscle est contracturé, il suffit de lui rendre sa longueur normale pour faire cesser les accidents, se sont alors servi de la *dilatation forcée,* traitement innocent et radical qui amène toujours la guérison.

2° *Hémorrhoïdes.* — « Depuis que la science chirurgicale existe, dit M. Verneuil (2), on s'est occupé des hémorrhoïdes, et il n'y a pas de maladies sur lesquelles on

(1) Lemonnier, Traité de la fistule du fondement.
(2) Gazette des hôpitaux, 1884, n° 54.

ait autant divagué, comme importance, comme pronostic et comme thérapeutique. »

Les médecins qui les premiers ont traité cette question se sont prononcés contre toute intervention chirurgicale. Non-seulement alors on rejetait bien loin toute opération, mais encore on considérait la présence de ces tumeurs comme un bienfait, leur suppression comme un danger.

Même au commencement du siècle, l'opération avait encore des adversaires décidés qui donnaient pour raison de leur abstention que la nature se sert des hémorrhoïdes comme d'un émonctoire ; on leur donnait aussi une sorte d'action déplétive analogue à la menstruation chez la femme, et l'on soutenait que leur suppression pouvait avoir le même inconvénient que celle des règles.

D'autres médecins auraient été d'avis d'intervenir; mais ils prétendaient, peut-être avec raison, que l'opération des hémorrhoïdes était dangereuse par elle-même. C'est qu'en effet, autrefois l'arsenal chirurgical était moins riche qu'aujourd'hui, et que l'on usait de procédés dangereux en réalité. Alors on employait l'*incision* comme méthode palliative, lorsqu'elles étaient sorties et qu'elles formaient un bourrelet autour de l'anus ; mais cette saignée, dont le danger était dans la blessure des veines et d'un tissu pathologique, entraînait quelquefois la mort par pyohémie.

On eut alors recours à l'*excision*, procédé également dangereux pour les hémorrhagies graves auxquelles il pouvait donner lieu : hémorrhagies intra-rectales nécessitant le tamponnement du rectum, amenant quelquefois de fâcheuses conséquences, les individus mourant ou de l'hémorrhagie ou du tamponnement.

L'excision fut abandonnée pour la *ligature* du bourrelet. Ce nouveau procédé pouvait entraîner la mort; il donnait

lieu à des douleurs extrêmement violentes (1), à la formation de débris dangereux ; il déterminait parfois de la phlébite, laquelle se communiquant par la veine porte, amenait aussi des accidents de pyohémie.

Plus tard, on songea à la destruction des hémorrhoïdes par une opération non sanglante, par l'emploi du *fer rouge.*

Mais une réforme dans le manuel opératoire fut inaugurée avec l'apparition de l'*écraseur linéaire.* Le malade était endormi, et l'écraseur coupait sans perte de sang et sans douleur aussi, grâce au chloroforme. Le procédé donnait d'excellents résultats, mais avait l'inconvénient de donner lieu à une cicatrice circulaire autour de l'anus, et par suite, à un rétrécissement moindre cependant qu'avec le fer rouge.

Quand arriva le *thermo-cautère,* on trouva là un agent beaucoup plus sûr, qu'on pouvait plonger à des profondeurs variées, selon le volume du bourrelet, et on obtint de très-bons résultats.

M. Gosselin a vulgarisé, à son tour, la cautérisation de la tumeur hémorrhoïdaire avec l'acide nitrique monohydraté. C'est un moyen peu dangereux et qui peut donner de bons résultats.

Mais l'opération par excellence est certainement la *dilatation,* dont la première idée fut donnée par Récamier, qui avait imaginé cette opération pour la fissure à l'anus ; Maisonneuve, après avoir adopté la dilatation de Récamier pour la fissure à l'anus, eut l'idée de l'employer aussi contre les hémorrhoïdes très-douloureuses et guérit ainsi à la fois celles-ci et la fissure qui les complique si fréquemment. M. Verneuil proposa cette dilatation en formulant plus nettement la théorie de Maisonneuve, c'est-à-dire :

(1) Ligature élastique de M. le professeur agrégé Grynfelt, Thèse de M. Thau, 1876.

1° La dilatation pour la fissure simple ;

2° La dilatation pour la fissure avec hémorrhoïdes ;

3° La dilatation pour les hémorrhoïdes non sphacélées.

Quelques observations d'hémorrhoïdes graves, étranglées et même sphacélées, citées plus loin, et surtout celle de M. Ch. Monod, prouveront que l'étranglement et le sphacèle sont guéris aussi par la dilatation. Nous n'avons pas à insister d'ailleurs, car nous préciserons les indications.

CHAPITRE II

MANUEL OPÉRATOIRE

§ I

La dilatation forcée est une méthode d'une simplicité remarquable ; mais il ne faut pas que le chirurgien se laisse entraîner par les mots dilatation brusque, dilatation forcée; il ne doit y avoir rien de brutal dans une méthode chirurgicale, et le procédé que nous préconisons, malgré ses apparences, doit être réglé. « Pour conserver son » caractère fondamental, la dilatation ne doit amener ni » inflammation forte, ni spasme prolongé, ni écoulement » de sang notable, ni ulcérations, ni perte de substance ; » elle doit se contenter d'écarter doucement et sans trop » de violence des parties anormalement rétrécies. A ces » conditions, c'est un moyen anaplastique non sanglant, » presque toujours innocent, très-souvent efficace, et qui » joue, dans la cure des rétrécissement, un rôle majeur. » Mais, si elle ne remplit pas les conditions mentionnées » plus haut, elle perd sa bénignité pour devenir l'origine » d'accidents graves, ou du moins cesse d'être un moyen » purement mécanique ; elle devient succédanée de la

» cautérisation destructive ou de la section lente ou ulcé-
» rative » (1).

Ces préceptes ne doivent pas sortir de l'esprit du chirurgien, et, si l'on pratique la dilatation avec force, cette force ne doit être ni brusque ni saccadée. Nous verrons si tous les auteurs ont su garder cette mesure.

La dilatation forcée peut être faite de deux manières différentes :

1° Avec les doigts ;

2° A l'aide d'instruments (dilatateur de doigts de gant, spéculums).

1° *Dilatation digitale.* — On peut faire coucher le malade, soit sur le ventre, soit sur le côté, soit dans la position de la taille périnéale, après avoir eu soin de vider préalablement le rectum par un lavement. Ordinairement on administre le chloroforme pour supprimer la douleur et la résistance du muscle. Ces dispositions prises, voyons comment les divers auteurs ont réalisé la dilatation avec les doigts.

Récamier, après avoir introduit les pouces dans le rectum et les avoir écartés dans le sens transversal jusqu'à la rencontre des ischions, saisissait en même temps le sphincter entre ses doigts et le malaxait, pratiquant ainsi ce qu'il appelait le *massage cadencé.* M. Mollière (de Lyon) ne comprend pas la cadence qu'il peut y avoir dans cette manœuvre, et nous sommes du même avis.

Maisonneuve disposait ses doigts en forme de cône et

(1) Samaniego, Étude sur les rétrécissements des canaux et des orifices muqueux. — Thèse de Paris, 1859, n° 66 ; d'après une série de leçons par M. Verneuil, tirées de la thèse d'agrégation du docteur Grynfelt (Des rétrécissements en général).

s'efforçait d'introduire dans l'anus toute la main ; ce but atteint, il la retirait le poing fermé. Ce moyen est par trop violent : ce procédé a donné lieu à des accidents, il est pour cela généralement abandonné.

Nélaton se servait simplement des pouces et dilatait jusqu'aux ischions.

Chassaignac ajoutait à la dilatation transversale la dilatation dans le sens antéro-postérieur, toujours avec les pouces.

Gosselin, qui cependant n'admet pas la contracture du sphincter et ne voit dans ce cas que la tonicité normale du muscle peut-être exagérée, pratique cependant la dilatation forcée, et se sert souvent des deux indicateurs au lieu des pouces. Une fois la dilatation commencée, il ajoute les médius aux indicateurs pour la compléter. « Avec les indicateurs, on est même plus sûr de faire porter la dilatation sur la partie la plus élevée du sphincter interne, ce qui est une des conditions du succès de l'opération » (1).

M. Dubrueil croit aussi que la dilatation se fait plus commodément avec les indicateurs qu'avec les pouces (2).

La dilatation digitale est un excellent moyen, en ce sens qu'il permet de se rendre compte des effets immédiats de la dilatation. Mais elle a des inconvénients ; elle échoue quelquefois (Gosselin), il peut y avoir des récidives ; enfin, avec les doigts, on peut ne faire qu'une déchirure dangereuse et une opération incomplète (Mollière).

Il est certain, en effet, que l'action des doigts n'est pas uniformément répartie sur tout le muscle ; de plus, les efforts faits par l'opérateur sont toujours plus ou moins saccadés quand il est obligé de déployer une force relati-

(1) Gosselin, art. anus, du dict. de Jacoud, p. 681.
(2) Méd. opérat., p. 654.

vement considérable ; aussi n'a-t-on pas tardé à s'adresser à des instruments.

2° *Dilatation à l'aide d'instruments.* — Gensoul employait primitivement un instrument en bois fait sur le modèle de celui dont se servent les gantières pour ouvrir les gants ; mais cet instrument doit être rejeté parce qu'on est exposé à le couper dans le rectum.

Le *spéculum* a présenté des avantages qui ont attiré l'attention des chirurgiens et qui lui ont fait donner la préférence dans cette opération. Tout en exigeant moins de force et moins de prudence, il dilate à la fois les deux sphincters, l'externe et l'interne, condition *sine quâ non* du succès. D'ailleurs, qu'il les dilate seulement ou qu'il les déchire, son action sur les fibres est beaucoup plus uniformément répartie que celle de la dilatation digitale.

Mollière conseille l'emploi du *spéculum uteri* d'A. Paré, instrument muni de trois longues et solides branches pouvant se fermer et s'ouvrir à volonté, et dont les valves présentent, quand elles sont ouvertes, un écartement de 10 centimètres à leurs extrémités. Les chirurgiens lyonnais, entre autres Valette, dilatent, au moyen de ce spéculum, jusqu'à ce qu'ils puissent passer la main entre les valves de l'instrument. A Montpellier, M. Dubrueil, avec le spéculum de Cusco ou à bec de canard, M. Tédenat, avec celui de Bozeman à trois valves et dont les branches sont écartées au maximum, obtiennent par ce procédé des résultats qu'on ne saurait discuter : nos observations en font foi.

Ces spéculums réalisent d'excellents instruments pour pratiquer la dilatation forcée. L'instrument est introduit fermé, et il représente alors un cône plus ou moins irrégulier, dont le sommet est en avant et la base du côté de la

main de l'opérateur ; il entre facilement dans le rectum, à la manière d'un coin ; une fois introduit, lorsque le spéculum est ouvert, le cône est renversé, le sommet est à la main de l'opérateur et la base dans le rectum ; en retirant l'instrument, on soumet le sphincter à une dilatation *puissante*, *uniforme* et *progressive*, trois conditions de la plus grande importance.

Ces avantages ont déjà frappé aujourd'hui la majorité des chirurgiens, et ils ont trouvé leur sanction dans l'approbation de M. Verneuil, qui déclare la dilatation au moyen du spéculum l'opération par excellence. « Cette dilatation, dit-il, ne doit pas être faite seulement avec les doigts, qui n'agissent que sur les fibres inférieures du rectum ; elle doit être pratiquée (le malade étant préalablement chloroformé) avec le spéculum de Ricord d'abord, celui de Lisfranc ensuite, qui permet une dilatation suffisamment considérable. Elle doit être faite *lentement*, *progressivement*, dans l'espace d'une demi-minute environ. Le *résultat est merveilleux*, et la guérison est obtenue, sans aucun danger, en une huitaine de jours (1) ».
d'iodoforme

Suites de l'opération. — Après l'opération, dans les cas ordinaires, point de suites graves à redouter, point de pansements ; ce n'est que lorsque, rarement il est vrai, l'anus présente des érosions trop considérables à la suite d'une trop grande dilatation qu'on peut panser la plaie soit à l'aide d'acide borique ou d'acide phénique en solution 2 0[0, par l'emploi du calomel ou de la pommade d'iodoforme.

Le plus souvent, les suites de l'opération sont fort simples : les douleurs sont peu intenses et ne durent que quelques

(1) Gazette des hôpitaux, 1884, n°54.

heures. D'après Fréd. Monod (1), les malades peuvent se lever dès le second jour et n'éprouvent qu'un peu de pesanteur à l'anus et de lassitude dans les membres inférieurs. Pendant quelques jours, le sphincter, dilaté, ne ferme pas complètement l'orifice anal et permet à la muqueuse rectale de faire procidence. Cet état n'est que passager et, au bout de trois ou quatre jours, le sphincter reprend sa forme et sa tonicité, et la défécation s'opère sans difficulté et sans douleur.

Parfois, après l'opération, les malades éprouvent un peu de dysurie, qui oblige à pratiquer le cathétérisme pendant quelques jours. D'autres fois, on observe du catarrhe rectal, qui se révèle par un écoulement muco-purulent à travers l'anus, et dont on se rend facilement maître au moyen de lavements émollients. Quant aux ecchymoses et aux abcès signalés dans quelques observations, ils ne se rencontrent que dans les cas où la dilatation a été pratiquée sans précaution et avec trop de brusquerie. Ces accidents sont donc imputables à l'opérateur et non à l'opération.

Quelques chirurgiens voudraient opérer sans l'anesthésie préalable : ainsi, M. Courty attribue les récidives à ce que, surtout chez la femme, l'anesthésie amène un tel relâchement du sphincter que la dilatation même énergique n'est pas suivie de la rupture des fibres musculaires du sphincter, si nécessaire à la réussite de l'opération. Aussi M. Courty dilate-t-il ses malades sans les anesthésier.

Malgré l'autorité de notre Maître, nous pensons, avec la généralité des chirurgiens, qu'il vaut mieux endormir le malade, après avoir toutefois pris les précautions nécessaires, car, sans l'anesthésie, la douleur est vraiment atroce et la résistance du sphincter tellement grande que l'opéra-

(1) Thèse de Paris, 1877, n° 246.

teur doit déployer une force très considérable pour arriver au but qu'il doit atteindre, déchirer le sphincter.

Mollière croit qu'il est inutile d'aller si loin et qu'il suffit de l'étendre et de le dilater. Cette opération est-elle suffisante ? Le muscle, s'il n'est que dilate, ne reprendra-il pas sa contracture primitive ? Il nous paraît plus sûr d'arriver jusqu'à la section des fibres musculaires, car, dans ce cas, le muscle ne peut plus se resserrer.

§ II

INDICATIONS

A. Fissure. — La dilatation forcée est évidemment la méthode de choix pour les fissures intolérantes ; dans ce cas, cette méthode vaut beaucoup mieux que l'incision (Boyer), qui expose à des complications graves, que l'incision sous-muqueuse (Blandin), que l'incision (Jobert), que l'écrasement linéaire (Chassaignac). Cependant, lorsque les fissures sont tolérantes et qu'elles ne s'accompagnent pas de ces étreintes douloureuses qui plongent le malade dans une anxiété profonde, losque le bol fécal, en passant, ne détermine que des souffrances modérées, on peut arriver à guérir la fissure par des moyens dits palliatifs, tels que l'application locale d'astringents (pommade au ratanhia, à la monésia, onguent de la mère, nitrate d'argent, etc.) et l'administration de laxatifs, pour avoir des selles fluides.

B. Hémorrhoïdes.— L'indication majeure de la dilatation forcée des hémorrhoïdes, se trouve dans la présence d'une contracture persistante du sphincter ou dans une

exagération de sa tonicité normale ; peu importe, d'ailleurs. Mais il faut que cet élément spasmodique existe pour que la dilatation forcée soit applicable ; il est évident que si l'on se trouve en présence d'hémorrhoïdes présentant à leur surface une petite ulcération, véritable fissure, la dilatation forcée donnera de magnifiques résultats.

Dans certains cas, il peut ne pas exister de fissure et y avoir cependant un état de contracture du sphincter qui entretienne et exagère la stase hémorrhoïdaire ; dans d'autres cas, des hémorrhoïdes internes procidentes s'étranglent au dehors et ne sont plus réductibles ; elles sont étranglées par le sphincter, dont la contration est exagérée par la présence même de la tumeur ; dans ces circonstances, la méthode est parfaitement applicable. Le spasme supprimé, le retour du sang sera plus facile et la réduction sera possible.

Dans tous ces cas, et lorsque les hémorrhoïdes sont peu saillantes et qu'il y a contracture, la dilatation agira, non-seulement en supprimant le spasme et ses conséquences, mais aussi en donnant naissance à un état inflammatoire qui pourra aider à la résolution des tumeurs. Limitée en ces termes, l'application de la dilatation forcée nous paraît incontestable, et ses avantages réels ressortent de nos observations.

Contre-indications. — De tout ce qui précède, il est facile de déduire les contre-indications : quand l'anus est dilatable, quand le sphincter a une tonicité plutôt trop faible que trop forte, la dilatation ne saurait être appliquée, parce qu'alors elle favoriserait la procidence des hémorrhoïdes et en augmenterait les inconvénients. Il est un point délicat : c'est l'application de la méthode aux hémorrhoïdes même étranglées. Il est certain que les observations citées

plus loin sont en faveur de la dilatation forcée; cependant nous devons tenir compte de l'opinion de M. Gosselin (1) : « Lorsqu'il s'agit d'hémorrhoïdes internes simplement distendues par du sang liquide, la tumeur se désemplit et reste dans l'intestin jusqu'à ce que de nouveaux efforts de défécation la remplissent de nouveau et la chassent au dehors. Mais quand le gonflement est dû à une constriction prolongée, ce n'est plus du sang liquide, c'est du sang coagulé qui remplit les veines, et celles-là ne s'en débarrassent pas aussi facilement. De plus, des épanchements séreux et plastiques périphlébitiques contribuent sans doute aussi à l'augmentation de volume et ne peuvent pas disparaître aussi instantanément après la réduction. C'est pourquoi le bourrelet, gêné dans la portion sphinctérienne du rectum, où il n'y a pas assez de place, provoque, à la manière d'un corps étranger, des efforts d'expulsion et redescend. »

Ces paroles permettent de prévoir qu'il y aura peut-être lieu d'établir une différence entre les divers étranglements hémorrhoïdaires; ceux qui seraient récents pourraient être justiciables du traitement par la dilation forcée; ceux, au contraire, qui existeraient depuis plus de temps, devraient être traités différemment. Cette distinction, cependant, ne peut pas être établie d'une façon absolue. Les faits ne sont pas assez nombreux.

Parmi les observations que nous citons, plusieurs se rapportent particulièrement à des hémorrhoïdes étranglées; mais elles prouveraient, au contraire, que la distinction dont nous parlons n'est pas absolument juste : la dilatation forcée a donné de bons résultats dans des cas d'étranglement déjà anciens. Quoi qu'il en soit, il faut des faits plus

(1) Maladies du rectum et de l'anus, t. III, p. 652.

nombreux et plus variés pour trancher définitivement la question.

Voici maintenant nos Observations montrant les heureux résultats de la dilation forcée, dans la cure de la fissure à l'anus d'abord, dans le traitement des hémorrhoïdes ensuite, que celles-ci soient ou non compliquées de fissure.

OBSERVATIONS

Observation Première

(PERSONNELLE)

Fissure à l'anus. — Dilatation par le spéculum de Cusco. — Guérison
(Service de M. Dubrueil)

B. A..., 36 ans, né dans le Gers, habitant Rivesaltes, charron, entre le 4 août 1882 à la salle St-Jean, n° 9, hôpital St-Eloi.

Maladies antérieures. — Diarrhée fréquente ; pas de maladies vénériennes ; pas d'alcoolisme; tempérament lymphatico-nerveux; en 1882, blessure du péroné par une roue en fer; à la suite de ce traumatisme, il se produisit une fistule d'où sortait un pus grisâtre et fétide; depuis ce temps, le malade éprouvait de vives cuissons à l'anus, des douleurs atroces pendant la défécation. L'observation permit d'y constater une fissure.

M. Dubrueil dut alors s'occuper de l'anus avant de s'occuper de la jambe.

Le 6 août 1882, le malade fut endormi au moyen du chloroforme, le spéculum de Cusco fut introduit fermé dans le rectum et retiré ouvert; il s'écoula un peu de sang. A son réveil, le malade n'éprouva plus de douleur, la défécation se fit facilement et la guérison fut radicale. Obligé de subir la résection du péroné, ce malade resta jusqu'au 17 octobre; à cette époque la guérison de la fissure ne s'était pas encore démentie.

Observation II

(PERSONNELLE)

Fissure à l'anus. — Dilatation par le spéculum d'A. Paré. — Guérison.
(Service de M. Tédenat.)

Dupont A..., 22 ans, né dans le département du Nord, bonne constitution, taille ordinaire, tempérament lymphatique, maçon, entre à l'hôpital, en mai 1884, salle Lallemand, n° 34.

Le père est mort à 62 ans d'un rhumatisme articulaire ; la mère, les frères et les sœurs jouissent d'une santé excellente.

Antécédents. — A 5 ans, laryngite striduleuse ; à 19 ans, pneumonie ; à 21 ans (1883), blennorrhagie qui a duré 33 jours ; cette affection a été compliquée d'une orchite qui n'a été guérie qu'au bout d'un mois. Quelque temps après, il y a eu récidive, et le malade a été encore obligé de soigner son orchite. L'amaigrissement est insignifiant ; l'appétit est très-bon. Le malade va du corps régulièrement. Palpitations peu accentuées ; douleurs dans les articulations, lorsque le temps est humide. Toux le matin ; la nuit, crachats.

Maladie actuelle. — Le 1er janvier 1884, diarrhée qui a duré de 15 à 20 jours (4 ou 5 selles par jour), puis constipation opiniâtre jusqu'au 19 mars. L'examen de l'anus permit alors d'y constater des érosions, des fissures qui rendaient la défécation très-pénible.

Le 19 mars, le malade est endormi ; il est placé sur le bord du lit, les cuisses écartées, et M. le professeur agrégé Tédenat opère la dilatation au moyen du spéculum d'A. Paré. Pendant deux jours, la souffrance est très-vive ; le 3e jour, 22 mars, le sujet va du corps sans aucune douleur, ne perdant que très-peu de sang. Dans la suite, la constipation a disparu et les selles n'ont plus été douloureuses.

Observation III

Fissure à l'anus. — Constriction spasmodique du sphincter. — Dilatation forcée. — Guérison. (Thèse de M. Bernet.)

Cuchet (Léon), vingt-huit ans, employé de gaz, entra le 3 janvier 1850, salle Cochin, n° 9.

Cet homme, d'un tempérament bilieux, affecté d'une constipation habituelle, ressentit, il y a environ un mois, de violentes douleurs en allant à la garde-robe. Ces douleurs durent d'abord deux ou trois heures après la défécation, puis vont en augmentant successivement de durée, et enfin elles persistent actuellement pendant sept ou huit heures.

A l'examen, on trouve une violente constriction du sphincter qui permet à peine l'introduction du doigt, et, au milieu des plis radiés de l'anus, à la partie postérieure, une petite ulcération.

Le 4 janvier, le malade est chloroformé et opéré par la dilatation. L'opération est facile, mais il y a un léger suintement sanguin.

A son réveil, le malade accuse de violentes douleurs qui durent une partie de la journée. La nuit est bonne ; quelques douleurs ont été ressenties le long du canal de l'urèthre en urinant.

Le 5, il va à la selle sans éprouver la moindre douleur.

Le 10, l'état du malade est tellement satisfaisant qu'il demande à sortir.

Ce malade a été revu quelques mois après par M. Lepelletier, interne du service, et sa guérison s'était parfaitement maintenue.

Observation IV

Hemorrhoïde externe et fissure anale. — Dilatation forcée. — Guérison. (M. Fontan, de Lyon.)

Mme X..., trente ans, d'une taille petite, avec bassin vicié, ayant nécessité une céphalotripsie, il y a douze ans environ.

En 1868, fissure anale et hémorrhoïde externe solitaire.

Après plusieurs mois de médications inefficaces par la ratanhia, la belladone, voire même par la dilatation graduelle avec des mèches et un pessaire de caoutchouc en forme de violon, construit pour la circonstance, je soumets cette malade à la dilatation forcée.

Anesthésiée préalablement avec l'éther, la patiente est couchée sur le côté, dans la position de l'opération de la fistule à l'anus. Je procède alors à la dilatation forcée au moyen du *spéculum utéri* d'Ambroise Paré, dont la base est fortement appliquée contre l'anus pour obtenir le maximun de dilatation possible.

La fissure est ensuite cautérisée au nitrate d'argent. Douleurs assez vives après l'opération ; suites régulières. La malade se lève au bout du huitième jour, complètement guérie de sa fissure.

J'ai su plus tard que son hémorrhoïde avait complétement disparu. J'ai revu cette opérée, il y a quelques mois, et elle m'a confirmé ce résultat.

Observation V

Hémorrhoïdes externes, vaste abcès périrectal. Dilatation forcée des sphincters de l'anus. Guérison de l'abcès et des hémorrhoïdes. (M. Fontan de Lyon.)

Observation VI

Hémorrhoïdes externes. Sphinctéralgie simple. Dilatation forcée. Guérison. (M. Fontan, de Lyon.)

Observation VII

Hémorrhoïdes externes compliquées de contracture, puis de fissure. — Dilatation forcée.— Guérison. (M. Fontan, de Lyon.)

Mme X..., vingt-trois ans, tempérament nerveux, voit apparaître, en 1874, pendant une grossesse, des hémorrhoïdes externes qui persistent après l'accouchement. Depuis cette époque, les garde-robes deviennent difficiles et douloureuses, mais la malade refuse tout examen. Les suppositoires à l'iodoforme et du bromure de potassium à l'intérieur ne produisent aucune amélioration.

Au mois d'août 1875, les douleurs étant devenues intolérables, la malade se décide à subir un premier examen. Je constate une contraction violente des sphincters ; mais ni le doigt ni le spéculum *ani* ne me révèlent la fissure. Je conseille l'opération, qui est refusée ; puis finalement acceptée, le 28 octobre.

A cette date, les douleurs sont si vives et la contracture si intense que le toucher rectal est impossible. Je découvre néanmoins, en écartant les plis radiés de l'anus, une petite fissure qui s'est développée depuis mon premier examen. Les hémorrhoïdes sont congestionnées.

La malade est endormie par l'éther, et je procède à la dilatation forcée au moyen des doigts. Satisfait du résultat que j'avais obtenu pour moi-même, et encore guidé par cette idée qu'il faut arriver à la rupture du sphincter, je fais une dilatation brusque dans les deux sens antéro-postérieur et transversal. Je ne perçois pas de craque-

ment, mais la sensation dont j'ai parlé. Je répète deux fois ces mêmes manœuvres ; l'anus reste béant, laissant voir sa muqueuse plissée et fortement injectée. La fissure saigne, et au-dessous du clitoris, je constate une ecchymose violacée. Les varices sont turgescentes.

La malade est reportée dans son lit. A son réveil, douleurs violentes et dysurie qui m'obligent à rester quatre heures auprès de l'opérée. Suppositoires de glace et compression.

Les douleurs se calment vers le soir, et la malade peut reposer quelques heures. Le lendemain, l'ecchymose sous-clitoridienne s'est étendue ; les hémorrhoïdes sont encore turgides.

La malade va à la garde-robe dans l'après-midi ; selle facile, en bloc, avec légère cuisson.

Les jours suivants, amélioration rapide. La fissure est cicatrisée au cinquième jour, et la malade peut se lever.

Les garde-robes sont devenues régulières et indolentes. Plus de turgescence des hémorrhoïdes externes, qui restent flasques pendant quelque temps et finissent par disparaître complètement.

La guérison se maintient parfaite.

Observation VIII

Hémorrhoïdes internes et externes volumineuses. Contracture. Crises répétées d'étranglement. Hémorrhagies quotidiennes excessivement abondantes ayant épuisé le malade. Dilatation forcée. Guérison radicale. (M. Fontan, de Lyon.)

Observation IX

Hémorrhoïdes externes. — Suites de couches. —Contracture. — Dilatation forcée. — Guérison. (M. Fontan, de Lyon.)

Mme X..., trente-deux ans, tempérament sec et nerveux, a vu, à la suite de trois grossesses assez rapprochées, survenir un bourrelet d'hémorrhoïdes externes. Après chacune de ses couches, sphinctéralgie momentanée pendant un mois et demi environ, cédant peu à peu aux moyens culinaires. Cependant, si la douleur disparaît, la contracture persiste, et avec elle la constipation et la turgescence. Le dernier accouchement, qui s'est fait par la face, a été très-long et très-pénible et semble avoir laissé dans les tumeurs hémorrhoïdales une tendance plus marquée à la congestion. Les douleurs ont été plus longues à disparaître; il y a eu parfois un peu de sang, et chaque garde-robe est maintenant suivie d'un prolapsus qui nécessite un taxis aussi laborieux que prolongé pour être réduit. La station assise sur une chaise de paille dure et bombée semble soulager la malade. La station debout et la marche ramènent la turgescence du bourrelet et une certaine douleur. L'examen local dénote un état de contracture des sphincters externe et interne.

Je propose la dilatation forcée, mais appliquée d'une manière douce et modérée.

Opération le 4 février 1876.— Anesthésiée par l'éther, la malade est placée dans la position ordinaire ; je procède à la dilatation forcée au moyen des doigts, mais avec lenteur et méthode. J'ai la sensation caractéristique que les sphincters ont cédé sans déchirure.

L'opération a duré un quart d'heure. Pas d'écoulement sanguin ; pas d'ecchymose. La malade est reportée dans son lit.

A son réveil, douleur contusive qui dure quatre heures environ ; un peu de dysurie, légère turgescence du bourrelet ; potion opiacée, nuit assez bonne

Le 6, première garde-robe, qui se passe avec une très-grande simplicité; peu ou pas de douleur ; les boutons hémorrhoïdaux ne se gonflent pas, bien qu'ils ne soient pas complètement affaissés.

Le 7, nouvelle selle sans incident; la malade se lève quelques heures.

Depuis cette époque, l'amélioration a continué, la constipation a cessé, les garde-robes sont rapides et ne s'accompagnent d'aucune turgescence des anciennes hémorrhoïdes, dont on reconnaît les vestiges, mais dans lesquelles la congestion ne se fait plus.

La guérison se maintient.

Observation X

Hémorrhoïdes externes. — Sphinctéralgie fissurale. — Dilatation forcée. — Guérison. (M. Fontan, de Lyon.)

Mme X..., 42 ans, tempérament bilieux, est depuis une quinzaine d'années affectée d'hémorrhoïdes externes. Une d'elles a la grosseur d'une petite noisette. Le flux sanguin a toujours été modéré, mais il n'en était pas de même de la douleur. La malade, atteinte de contracture, avait une constipation rebelle nécessitant de violents efforts de défécation, à la suite desquels les crises douloureuses se manifestaient. Leur durée était chaque fois de plusieurs semaines, preuve évidente de la sphinctéralgie. Puis survenait une période d'accalmie relative.

Il y a sept mois environ, à la suite d'un voyage très-fatiguant en Italie, Mme X... vit ses souffrances revenir.

« Cette crise, dit-elle, plus tenace, sinon plus douloureuse que les précédentes, a duré plus de six mois sans un jour de calme. Lavement émollient tous les matins avant la garde-robe; la selle n'est pas très-pénible, mais au passage des matières, une sensation de brûlure se fait sentir du côté de l'hémorrhoïde. Après une lotion froide, toujours pratiquée au retour de la garde-robe, il y a un peu de calme; mais une demi-heure après, les douleurs recommencent.

» D'abord de la chaleur, de l'embarras, une sorte d'inquiétude dans toute la région anale, puis des élancements, de la cuisson, des contractions pénibles. Il me semble que les muscles de l'anus se resserent et y forment un tampon. A ce moment, l'hémorrhoïde qui,

au lever, était à peine sensible et semblait flétrie, est devenue gonflée et résistante. Invariablement, les douleurs augmentent d'intensité pendant trois ou quatre heures; elles deviennent plus tolérables au déjeuner, au moment où commence le travail de la digestion. Puis, elles décroissent et cessent complètement à la fin de la journée. Les nuits sont tranquilles et sans douleur. Si le lendemain je ne vais pas à la selle, je me procure une journée de calme; mais à la garde-robe suivante, les douleurs sont plus intenses. »

Tel est le récit de la malade, que j'ai tenu à reproduire textuellement :

Au mois d'août 1876, le docteur Gayet examine la malade et constate, avec une contracture anale, une goutte de pus provenant d'une fissure située en avant, entre deux tumeurs hémorrhoïdales. Cette sphinctéralgie fissurale rendit l'examen très-douloureux.

Opération le 12 septembre. — Anesthésiée par l'éther, la malade est placée sur le bord du lit, les cuisses écartées par deux aides; le docteur Gayet pratique la dilatation forcée avec les pouces jusqu'au relâchement complet des deux sphincters, mais avec une certaine douceur et lentement. Pas de craquement ni de rupture sensibles; le docteur Gayet, que j'avais l'honneur d'assister dans cette opération, me prie de constater le résultat, et je pratique à mon tour dans les deux sens une dilatation lentement progressive.

A son réveil, la malade ressent des douleurs qu'elle dit être très-supportables et qui durent trois heures à peine. Pas de dysurie appréciable. Un peu d'ecchymose. Le lendemain, l'opérée va faire une petite promenade.

Le surlendemain, selle facile et indolente, mais qui s'opère en un temps. Suites d'une grande simplicité.

Etat actuel. — Cessation absolue de la sphinctéralgie. L'anus se laisse dilater sans douleur. On constate sur le côté droit de l'orifice anal une hémorrhoïde flétrie. Quant au bouton assez volumineux signalé plus haut, il est affaissé et réduit à un simple pli. Pas d'hémorrhoïdes internes. Fonctions très-libres mais avec lavement d'eau fraîche.

Observation XI

(PERSONNELLE)

Hémorrhoïdes internes procidentes et étranglées. — Dilatation forcée du sphincter anal. — Guérison (Service de M. Tédenat.)

X..., âgé de 27 ans, typographe, entre le 2 mars 1884 à l'hôpital St-Eloi, dans le service de M. Tédenat. Lymphatique, bien constitué, cet homme a toujours joui d'une assez bonne santé. Il est depuis plusieurs années sujet à la constipation, et plusieurs fois a éprouvé divers accidents liés à des hémorrhoïdes (douleurs à l'anus, hémorrhagie). Quelques jours de repos, des bains tièdes, ont toujours suffi à mettre fin à ces accidents. Depuis quatre ou cinq jours, il éprouve de violentes douleurs à l'anus et rend du sang en abondance quand il fait effort pour aller à la selle. Il a employé des bains de siège très-chauds, de la pommade belladonée et n'en a éprouvé aucun soulagement. Au contraire, les tumeurs continuent à grossir, les douleurs s'aggravent et la miction devient difficile; il y a des nausées et une anorexie absolue.

3 mars. — Tout le pourtour de l'anus est rouge. On observe un bourrelet périphérique formé par la peau du pourtour anal, dont les veines sont dilatées. Ce bourrelet entoure une masse hémorrhoïdale violacée, quadrilobulée qui, en certains points, commence à s'ulcérer. Cette masse a le volume d'un œuf de poule ; elle est fortement tendue, malgré la quantité assez grande de sang qui s'en est écoulé ces jours derniers, et qui coule encore. Il est impossible de la réduire; d'ailleurs la moindre pression y provoque d'atroces douleurs qui surviennent aussi à chaque effort de toux. Or, le malade tousse beaucoup depuis quelques jours, à la suite d'une trachéo-bronchite aiguë.

7 mars. — Les bains de siège chauds, la pommade belladonée, employés depuis son entrée, n'ont produit aucune amélioration. Le malade est anesthésié, et M. Tédenat pratique la dilatation forcée du sphincter anal; un petit spéculum anal à bec de canard est d'abord introduit ; ses branches sont écartées au maximum; ensuite

est introduit le spéculum de Bozeman à trois valves, qui sont aussi écartées au maximum. Une solution borique à 2 % sert à laver l'anus et le rectum. Application de pommade à l'iodoforme. Hémorrhagie insignifiante.

8 mars. — Douleurs très-diminuées. Le malade a dormi cette nuit ; la miction est beaucoup plus facile. Diminution considérable du bourrelet variqueux. Lait. Bain de siège dans la journée. Pommade à l'iodoforme.

9 mars. — Douleurs très-légères. Diminution plus marquée du bourrelet hémorrhoïdal. Le malade est allé à la selle sans souffrance et sans hémorrhagie.

12 mars. — L'amélioration a continué. Hémorrhoïdes flétries sans mortification ; le malade peut marcher, et va à la selle sans douleur.

20 mars. — Le malade quitte l'hôpital guéri.

Observation XII

Hémorrhoïdes internes procidentes et étranglées. — Rétention d'urine consécutive. — Dilatation forcée du sphincter anal. — Guérison. (Communiquée par M. Tédenat.)

Julie C..., âgée de vingt-six ans, nerveuse et lymphatique, deux accouchements à terme, sans antécédents pathologiques, sauf plusieurs poussées de flux hémorrhoïdaires légers. Le 2 juin 1881, Julie C... éprouve de la pesanteur à l'anus, où elle sent, avec le doigt, une tumeur saillante. Elle applique de l'onguent populéum, de la pommade de concombre sans résultats. Le 3 juin, la tumeur est plus volumineuse, les douleurs très-violentes, et la malade ne peut uriner. Le 4, je suis appelé et pratique le cathétérisme pour vider la vessie. Je constate un énorme bourrelet trilobé, d'un rouge sombre.

Après avoir huilé les parties, j'opère la réduction, mais sans succès. Je conseille un bain de siège très-chaud, qui sera répété, et des onctions belladonées. Je vois la malade dans la soirée ; aucun soula-

gement ; le cathétérisme est encore nécessaire. Le 5 juin au matin, la malade est agitée, crie, souffre vivement ; le bourrelet hémorrhoïdal n'a pas changé d'aspect ; je conseille la dilatation forcée, qui est acceptée et pratiquée à midi. M. Courtès donne le chloroforme.

Introduction d'un spéculum anal de Cusco, dont les branches sont écartées au maximum. Ce spéculum est remplacé par deux valves qui permettent une dilatation très-forte. Quelques éraillures se produisent sur la muqueuse, d'où suinte un quart de verre de sang. Application de poudre d'iodoforme. Dans la soirée, la malade urine seule et souffre peu ; une cuisson assez vive a remplacé les douleurs horribles qu'elle éprouvait depuis trois jours.

6 juin. — Nuit bonne ; peu de douleurs ; léger suintement sanguin; bourrelet hémorrhoïdal flasque, mou, rapetissé, sans sphacèle ; miction facile mais plus fréquente qu'à l'état normal. Bain de siège tiède ; pommade d'iodoforme.

7 juin. — Nuit bonne ; douleurs consistant en une cuisson peu intense ; miction facile. Dans la journée, selle sans douleur ; léger suintement pendant la défécation ; tuméfaction en décroissance.

10 juin. — Guérison.

Observation XIII

Traitement des hémorrhoïdes même étranglées par la dilatation forcée du sphincter de l'anus, par le docteur Ch. Monod, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Guérison.

J'étais appelé, dit-il, il y a quelques semaines, auprès d'un malade chez lequel ma présence était réclamée de la façon la plus urgente.

Il s'agissait d'un homme de trente-huit ans, hémorrhoïdaire depuis son enfance, sujet aux prolapsus et aux pertes sanguines, dont les hémorrhoïdes étaient étranglées depuis deux jours. Il souffrait cruellement. La glace, les applications émollientes, les narcotiques *intus* et *extra*, tout avait échoué. Le malheureux, dont la douleur allait croissant, demandait à tout prix un peu de soulagement.

Je le trouvai, en arrivant auprès de son lit, dans un état nerveux véritablement inquiétant. Le pouls était petit, la peau couverte de sueurs froides, le visage décomposé par la souffrance. Il n'éprouvait un peu de calme que dans le repos le plus absolu, calme interrompu d'ailleurs à tout instant par des cris atrocement pénibles, que provoquaient le moindre attouchement ou de faux besoins incessamment renouvelés.

L'examen local montrait une couronne d'hémorrhoïdes externes tuméfiées, entourant un paquet central d'hémorrhoïdes internes turgescentes, violacées ; en un point, une tache plus foncée annonçait un commencement de sphacèle.....

Je me décidai à pratiquer la dilatation forcée.

Le malade fut endormi. La douleur que provoquait le moindre attouchement de l'anus me montrait, en s'éteignant peu à peu, les progrès de l'anesthésie.

Dès que le patient ne parut plus réagir, je le mis vivement sur le côté, je procédai à la réduction des tumeurs saillantes et immédiatement après, à une large dilatation de l'anus avec les doigts. Un flot de matières fécales mélangées de sang fut aussitôt rendu. Je complétai par une injection rectale le lavage et l'évacuation de l'intestin. Après quoi, le malade fut replacé dans son lit.

L'opération n'avait duré que quelques minutes, M. X... reprit aussitôt connaissance ; il avait peine à croire qu'il eût été opéré, peine à croire surtout qu'il fût délivré de ses souffrances. Il fu forcé de se rendre à l'évidence : la douleur avait absolument disparu, le bien-être était inexprimable.....

M. X... vint alors me trouver au bout d'un mois. Il me raconta que depuis le jour de l'opération, il avait tous les matins une selle facile, sans douleur et sans procidence. Jamais il ne s'était trouvé à pareille fête...

CONCLUSIONS

Arrivé au terme de notre travail, nous résumerons ainsi les idées pratiques auxquelles nous sommes parvenu :

1° La dilatation forcée est la méthode de choix pour le traitement des fissures à l'anus *intolérantes*.

2° La dilatation forcée sera aussi très-utile pour la cure des hémorrhoïdes, toutes les fois que celles-ci seront accompagnées d'un resserrement du sphincter, que celui-ci soit douloureux ou non, qu'il soit dû à une contraction ou simplement à la tonicité du muscle, qui varie beaucoup avec les individus.

3° L'opération pourra être prodiguée avec les doigts, lorsque l'introduction d'instruments serait rendue difficile à cause de la présence d'une tumeur hémorrhoïdaire trop grosse. Chaque fois qu'on le pourra, on se servira d'un spéculum, et plus particulièrement de ceux de Cusco, de Bozemann ou d'Ambroise Paré.

Vu :
Le Président-Censeur,
JAUMES.

Vu bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT REPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie

L'alcool, l'éther, au point de vue chimique et pharmaceutique

Physique médicale

Détermination de la température d'un lieu.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

Quelle est la texture du cristallin?

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne

Qu'est-ce que le lymphatisme?

Pathologie externe

Du cancer de l'utérus.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie

De la superfétation.

Hygiène

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

La poche des eaux est-elle utile dans les accouchements ?

Clinique interne

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique externe

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales

Existe-t-il un délire des sens ?

Titre de la Thèse à soutenir

De la dilatation forcée comme traitement de la fissure à l'anus et des hémorrhoïdes.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !